

*Escala Torga de Avaliação da Qualidade de Vida: um contributo
para a sua validação*

Cristina Maria de Oliveira Bernardino

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia e
Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor Michael Knoch

Coorientadora: Professora Doutora Margarida Pocinho

Coimbra, Outubro de 2012

AGRADECIMENTOS

Finalmente concluída esta etapa de grandes sacrifícios, não podia deixar de agradecer aos que sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis e que me incentivaram a nunca desistir e a lutar pelos meus objetivos.

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram para a realização deste estudo e desta etapa da minha vida, menciono as que mais diretamente contribuíram para o meu sucesso e às quais não posso deixar de dirigir o meu mais profundo agradecimento.

Aos meus pais, à minha irmã e à minha avó, por todo o apoio que me deram ao longo deste processo. Sem vocês eu não teria conseguido. Obrigada por fazerem do meu Mundo um lugar mais fácil para viver...

Ao Professor Doutor Michael Knoch obrigada por ser professor e orientador, sempre com uma enorme vontade de ensinar e ajudar os alunos.

À Professora Doutora Margarida Pocinho que me ajudou de forma imprescindível, um muito obrigada. Espero que muitos alunos tenham a sorte de encontrá-la nos seus caminhos, pois terão a oportunidade de conhecer o verdadeiro caráter, motivação e sabedoria de um professor.

Por fim, dedico este trabalho aos que estiveram do meu lado sempre e para sempre, aos que mais acreditam em mim e cujos laços são intermináveis e cheios de amor e confiança Cláudio e Daniela, são os melhores filhos do mundo.

A todos vós muito obrigada!

Aos meus pais e aos meus filhos,
por tudo o que significam na minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ETAQV – Escala Torga de Avaliação da Qualidade de Vida

SP – Saúde percebida

SV – Satisfação com a vida

SEP – Situação económica percebida

SWLS – Satisfaction With Life Scale

OMS – Organização Mundial de Saúde

ACP – Análise das Componentes Principais

KMO – Kaiser Meyer Olkin

MIC – Método do Impacto Clínico

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA	3
<i>Qualidade de vida no idoso</i>	<i>3</i>
<i>Construtos pertinentes na avaliação da Qualidade de vida</i>	<i>6</i>
Saúde	6
Situação económica	7
Satisfação com a vida	9
CAPITULO II: MATERIAL E MÉTODOS	9
CAPITULO III: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ESCALA TORGA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA 12	
ESTUDO I – ELABORAÇÃO DOS ITENS, FIDEDIGNIDADE E DIMENSÕES DA ESCALA ETAQV	12
<i>Método</i>	<i>13</i>
Participantes	13
Instrumentos	14
Procedimentos	14
Análise de dados	15
<i>Resultados</i>	<i>16</i>
<i>Conclusão</i>	<i>20</i>
ESTUDO II – ATRIBUIÇÃO DE VALORES NORMATIVOS E INTERPRETAÇÃO DOS SCORES	20
<i>Método</i>	<i>21</i>
Participantes	21
Instrumento	21
Procedimentos	21
Análise de Dados	21
<i>Resultados</i>	<i>22</i>
<i>Conclusão</i>	<i>27</i>
ESTUDO III – VALIDADE CONVERGENTE DA ETAQV	27
<i>Método</i>	<i>28</i>
Participantes	28
Procedimentos	29
Instrumentos	29
Análise dos dados	30
<i>Resultados</i>	<i>30</i>
Análise fatorial - Componentes Principais	30
Consistência interna - Alfa de Cronbach	33
Validade convergente entre ETAQV e a SLWS	33
<i>Conclusão</i>	<i>35</i>

CAPITULO IV: DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	37
ANEXOS.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: <i>KMO and Bartlett's Test</i>	17
Tabela 2: <i>Avaliação Interjuizes</i>	19
Tabela 3: <i>Pontos corte provisórios</i>	24
Tabela 4: <i>Distribuição da amostra em função dos pontos de corte</i>	24
Tabela 5: <i>Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo.</i> 25	
Tabela 6: <i>Pontos corte provisórios e preditivos</i>	26
Tabela 7: <i>Pontos corte provisórios e preditivos das Subescalas</i>	26
Tabela 8: <i>KMO and Bartlett's Test</i>	31
Tabela 9: <i>Matriz das Componentes Principais da ETAQV</i>	31
Tabela 10: <i>Componente 1 “Satisfação com a vida”</i>	32
Tabela 11: <i>Componente 2 “Saúde percebida”</i>	32
Tabela 12: <i>Componente 3 “Situação económica percebida”</i>	33
Tabela 13: <i>Consistência interna (Coeficiente de Cronbach – α)</i>	33
Tabela 14: <i>Correlação entre ETAQV e SWLS</i>	34
Tabela 15: <i>Métodos de administração</i>	34

RESUMO

Estudos anteriores demonstram que o ETAQV tem apresentado boas propriedades psicométricas para a avaliação qualidade de vida (Pocinho & Amaral Dias, 2007). A ETAQV é uma escala que tem como objectivo avaliar três dimensões da qualidade de vida: saúde percebida, a situação económica percebida e a satisfação com a vida. É um instrumento de fácil aplicação, constituído por 34 itens.

Os resultados mostraram que a ETAQV avalia 3 factores (satisfação com a vida, saúde percebida, situação económica) e uma consistência interna de 0,94 para o total da escala. Em termos de interpretação dos *scores*, valores ≤ 87 revelam péssima Qualidade de Vida; valores entre]87-104] são indicadores de má qualidade de vida, valores]104-118] remetem para uma qualidade de vida razoável, valores]118-134] são reveladores de boa qualidade de vida e valores ≥ 135 representam uma excelente qualidade de vida.

Houve correlação significativa entre a SWLS e a ETAQV ($r=0,5$; $p>0,01$) e que nos permitiu concluir que a ETAQV converge com os construtos da SWLS. A análise interavaliador mostrou que os resultados da escala não são influenciados pelo tipo de avaliador ($p>0,05$).

Palavras-chave: ETAQV; Qualidade de Vida; Satisfação com a vida; situação económica; saúde percebida; idoso; SWLS.

ABSTRACT

Previous studies established that ETAQV has shown good psychometric properties for assessing quality of life (Pocinho & Amaral Dias, 2007). The ETAQV is a scale that aims to evaluate three dimensions of quality of life: perceived health, perceived economic situation and satisfaction with life. It is an easy scale to administer, consisting of 34 items. The results showed that the ETAQV assesses three factors (life satisfaction, perceived health, economic situation) and an internal consistency of 0.94 for the total scale. In terms of interpretation of scores, values ≤ 87 show bad Quality of Life; values between] 87-104] are indicators of poor quality of life, values] 104-118] refer to a reasonable quality of life, values] 118-134] are revealing good quality of life and values ≥ 135 represent an excellent quality of life.

There was significant correlation between the SWLS and ETAQV ($r = 0.5$, $p > 0.01$) and that allowed us to conclude that the ETAQV converges with the constructs of the SWLS. The analysis inter-judge showed that the results are not influenced by of who administers the scale ($p > 0.05$).

Keywords: ETAQV; quality of life; life satisfaction, perceived health, economic situation; aged; SWLS.

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida vem assumindo importância, sob vários aspectos, nos últimos anos, particularmente no que diz respeito a sua avaliação ou mensuração, quer individualmente quer colectivamente.

Nas últimas décadas assistiu-se a um aumento considerável da população idosa, particularmente nos países desenvolvidos. Gonçalves e Carrilho (2007) referem que em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. De acordo com o cenário médio das projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo INE, estima-se que, mantendo-se o mesmo critério etário, esta proporção volte a duplicar nos próximos 45 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. Em paralelo, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população entre 1960 e 2005 e irá atingir os 13% em 2050. As projecções disponíveis no INE resultantes do censo 1991-2001, apontam para a uma diminuição da população e para a progressão do fenómeno do envelhecimento, mesmo na hipótese de os níveis de fecundidade aumentarem, hipótese que, no momento, não se confirma e de os saldos migratórios continuarem positivos. O envelhecimento demográfico surge, assim, como um fenómeno irreversível resultante sobretudo dos baixos níveis de fecundidade dos quais o país parece não conseguir recuperar (Carrilho & Patricio, 2010). O problema do envelhecimento tem duas faces associadas: a sustentabilidade económico-social e a qualidade de vida. Apesar de todos os esforços médicos e científicos para prolongar os anos de vida dos sujeitos idosos, este aumento de longevidade nem sempre se faz acompanhar por uma vida salutar, autónoma e com qualidade (Carvalho & Mota, 2012). Os investigadores Natário e Silva (1992, 2009) reforçam esta ideia ao afirmarem que este é um assunto que cada vez mais assume maior relevância em todos os países, pela sua dimensão e pelos problemas que levanta em termos epidemiológico, assistências e de saúde.

Este fenómeno social obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, o estatuto dos idosos na sociedade, a a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde, e a qualidade de vida dos idosos. Perante estes factos importa pois desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Parece que a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um aspeto que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população

que permitam o alcançar de um envelhecimento bem-sucedido (Pocinho, 2007; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

A necessidade de desenvolvimento e aferição de escalas de qualidade de vida é especialmente importante nos idosos, tendo em vista especificidades deste grupo etário, bem como o aumento deste grupo na população mundial, pelo que este estudo tem como objectivo dar um contributo neste sentido. Assim, consideramos que o objectivo geral desta pesquisa é contribuir para a validação da Escala Torga de Avaliação de Qualidade de Vida (ETAQV) desenvolvida por Pocinho e Amaral Dias em 2005 (Pocinho, 2007).

Em termos de estrutura, este trabalho está dividido em 4 capítulos. O primeiro destina-se à apresentação da revisão da literatura, o segundo à descrição dos materiais e métodos que permitiram o processo de construção e validação da ETAQV. O terceiro capítulo apresenta o processo de construção e validação da ETAQV em 3 estudos. Os dois primeiros estudos apresentados foram elaborados tendo por base os dados recolhidos pelos autores originais e cedidos para esta investigação. Os dados do terceiro estudo seguiram uma metodologia observacional cuja informação foi obtida pela candidata ao grau de mestre e autora desta dissertação. No quarto capítulo faz-se a síntese geral, discutindo e concluindo os resultados dos 3 estudos. Por fim apresentaremos um ponto separado com a bibliografia citada ao longo desta dissertação.

Capítulo I: Revisão da literatura

Qualidade de vida no idoso

Se no século passado o principal desafio na área da saúde era a sobrevivência, no séc. XXI será a qualidade de vida (Pocinho, 2007). Deste modo não é de estranhar o crescente interesse que se tem vindo observar por parte dos investigadores de diferentes ramos do conhecimento pelo bem-estar, saúde e qualidade de vida dos idosos.

Quando falamos dos idosos, referimo-nos a uma camada especial da população, que possui um leque considerável de experiências, riquíssimas em variedade de aprendizagens, embora sinta as mesmas necessidades básicas que o resto da população, necessidades de amor, calor familiar, segurança interior e exterior e necessidade de ser independente, sendo que esta independência se traduz no bem-estar e na autonomia (Silva, 2009).

Segundo Spilke (1990) o interesse de pesquisa pela qualidade de vida teve início nas disciplinas de Sociologia e Psicologia e, rapidamente tornou-se um assunto dentro do âmbito dos cuidados de saúde. Ainda de acordo com o mesmo autor, o aumento da atenção para com o construto em questão parece estar relacionado com os avanços tecnológicos que conduziram ao aumento da expectativa de vida.

Romano (1993) definiu qualidade de vida como a habilidade ou a capacidade que um indivíduo tem para desempenhar tarefas ou actividades da vida diária, obtendo, assim, satisfação. Para este autor, a qualidade de vida pode ser entendida em termos das expectativas pessoais do sujeito e se essas foram ou não atingidas. O autor dá destaque à dimensão mais subjectiva da avaliação da qualidade de vida, derivada de valores e crenças do próprio, apesar de mostrar que há, também, uma dimensão objectiva baseada em indicadores biomédicos. Acrescenta que o aspecto subjectivo dá uma visão ética à existência humana.

Para Paschoal (2000) o indivíduo quando faz a avaliação da sua vida, hierarquiza, mesmo que intuitivamente, as suas concepções de qualidade de vida. Para alguns, são os aspectos materiais da vida, para outros é a busca de uma vida virtuosa, ancorada em princípios éticos, que deverão ser obedecidos, mesmo que não tragam recompensas materiais. Alguns dão mais importância à satisfação das suas necessidades e ao preenchimento das suas expectativas, enquanto que outros valorizam mais o bem-estar psicológico ou a sensação de estar satisfeito. Assim, para este autor o processo de avaliação de vida é pessoal, único e diferente, variando de indivíduo para indivíduo. Pocinho (2007) refere que avaliar a própria vida é um processo

intraprísquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e projecções para o futuro, factores ambientais e pessoais, negativos e positivos, saúde e doença, físicos, mentais e sociais, tudo é processado pelo indivíduo, determinando o “como” e o “quanto” ele valoriza a sua vida.

Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002) consideram que a qualidade de vida do idoso compreende a consideração de diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controlo cognitivo, competência social, produtividade, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

O conceito qualidade de vida não é consensual, dada a evidência da pluralidade concetual.

A preocupação internacional em ter um instrumento para avaliar e mensurar a qualidade de vida fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) produzisse um instrumento com essa finalidade (Fleck, 2000; Serra, et al., 2006).

O grupo de especialistas em qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, que elaborou um instrumento genérico de avaliação da Qualidade de Vida, construído através de um método transcultural, afirma que embora não haja definição consensual do conceito de Qualidade de Vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características do seu constructo (The WHOQOL Group, 1995). Por isso, referem três características: subjectividade, multidimensionalidade e bipolaridade. Quanto à subjectividade, como, cada vez mais, se reconhece que o construto é subjectivo, devem colocar-se questões acerca de avaliações globais dos comportamentos, estados e capacidades das pessoas e sobre a sua satisfação/insatisfação com esses comportamentos, estados e capacidades, pois é esse tipo de questionamento (percepções das pessoas) que traz informações sobre a qualidade de vida, enquanto que o relato do funcionamento traz informações sobre o estado de saúde. Quanto à multidimensionalidade da qualidade de vida, consideram que devem ser avaliadas, pelo menos, três dimensões: a física, a psicológica e a social, sempre na direcção da subjectividade (como os indivíduos percebem o seu estado físico, o seu estado cognitivo e afectivo e as suas relações interpessoais e os papéis sociais que desempenham). A bipolaridade do construto obriga a que qualquer avaliação de qualidade de vida deva sempre incluir dimensões positivas e negativas, dando relevo às percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. É evidente que os diferentes instrumentos devem acrescentar outras dimensões a estas três, consideradas básicas, por razões conceptuais, pragmáticas, ou empíricas, dependendo dos objectivos (Pocinho, 2007).

Santos et al (2002) correlacionam à qualidade de vida outros aspectos, entre eles, capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e a autoproteção da saúde. Outros autores destacam a percepção do idoso sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que se situa (Fleck, et al., 2003).

Segundo Bowling (1995), aferir qualidade de vida é um processo muito complexo, e os domínios que requerem avaliação entre os idosos incluem os problemas de saúde, que podem levar à incapacidade e à invalidez, às alterações da saúde mental, da habilidade funcional, do estado geral de saúde, da satisfação de vida, do estado de espírito, do controlo (autonomia) e do suporte social.

Por sua vez a Organização Mundial da Saúde descreve Qualidade de Vida associada ao envelhecimento como sendo um “conceito amplo e subjectivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com aspectos importantes do meio ambiente” (World Health Organization , 2002).

Face a esta enorme variedade de dimensões a serem aferidas, há necessidade de instrumentos multidimensionais que possam captar a enorme variabilidade dos diferentes grupos de idosos. Esses instrumentos devem considerar as especificidades dessa faixa etária, pois as populações idosas, em virtude dos seus valores e experiências de vida, diferem dos grupos etários mais jovens; além disto, factores relativos à idade afectam a saúde (dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice) e diversas situações sociais (reforma, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, entre outras) colocam obstáculos a uma vivência com melhor qualidade. Todos são factores que aumentam a complexidade da avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas (Pocinho, 2007).

De facto, a natureza abstracta do termo “Qualidade de Vida” e o julgamento subjectivo das vivências explicam que “boa qualidade” tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. Este é o motivo de haver inúmeros conceitos do constructo e de inúmeras definições (Pocinho, 2007).

A definição de Qualidade de Vida que mais se aproxima da concepção dos investigadores que criaram a ETAQV é a apresentada pelo grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde que anuncia a Qualidade de vida como sendo a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1994, p.28).

Esta definição realça o ponto de vista de que a qualidade de vida refere-se a uma avaliação subjectiva que induz dimensões tanto positivas como negativas. Com esta definição, é evidente que qualidade de vida não inclui somente factores relacionados com a saúde (bem-estar físico, funcional, emocional e mental). Com efeito as definições mais actuais referem que, para além de elementos relacionados com a saúde, existem outros aspectos como trabalho, família, amigos e circunstâncias de vida, que compõem o conceito de qualidade de vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Pocinho, 2007; Trentini, 2004).

Construtos pertinentes na avaliação da Qualidade de vida

Saúde

Conceitos como os de saúde, de doença, de envelhecimento, de cuidados de saúde, de promoção da saúde, reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos e as actividades sociais. O conceito de saúde varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos de experiência humana (Pocinho, 2007).

Temos vindo a assistir nos últimos trinta anos a uma evolução da operacionalização do conceito de saúde. Hoje em dia falar de saúde é falar de vida. A saúde faz parte da existência de cada um e não devemos referirmo-nos à saúde como conceito único, pois cada pessoa percepçiona a sua saúde de acordo com o seu projecto, as suas crenças, os seus ideais, com tudo o que a faz viver (Pocinho, 2007).

Ribeiro (1994) defende uma relação entre os conceitos, em que a qualidade de vida é o objectivo, e a saúde, o objecto da intervenção, ou seja, intervindo sobre a saúde melhora-se a qualidade de vida. A saúde é, assim, entendida como um recurso pessoal para a vida de todos os dias (Pocinho, 2007).

A apreciação do estado de saúde dos idosos é complexa, dado que decorre do conhecimento dos grupos, das atitudes culturais e dos estilos de vida. Para investigadora Pocinho (2007) há dois aspectos a considerar na avaliação do estado de saúde dos idosos: a *percepção pessoal* e a *objectividade da avaliação*.

“A *percepção pessoal*, designa a avaliação individual do estado de saúde. É uma concepção subjectiva da saúde, de natureza individual. É a própria pessoa que ajuíza os seus limites e as suas capacidades. Não se centra apenas na doença ou na ausência desta, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade funcional, sendo influenciada por factores como a

idade, o sexo, o nível socioeconómico, a cultura e a natureza dos problemas de saúde. Mas o factor mais importante é, sem dúvida alguma, a capacidade individual de adaptação, isto é, dos esforços que cada um desenvolve para se adaptar de maneira satisfatória e evoluir de uma forma contínua na saúde.

A *objectividade da avaliação* faz referência aos problemas reais da saúde, que são principalmente de ordem crónica, estando relacionados com o processo de senescência e com diversos outros factores, entre os quais se encontra a diminuição das reservas fisiológicas e o enfraquecimento dos mecanismos de homeostasia” (p. 61)

Segundo Pocinho (2007) uma forma de quantificar a saúde de um idoso é através do grau de autonomia que ele possui e do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia, tendo sempre em conta o seu contexto socioeconómico e cultural. Pode medir-se a independência através do seu oposto – a dependência. Mede-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho das suas actividades diárias, levando em conta o desempenho físico, psíquico e social.

A complexidade da abordagem do conceito de saúde quando aplicada ao envelhecimento ficou demonstrada através de uma série de estudos realizados na Alemanha por Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter (2003), os quais constataram que a “ausência de doença”, por si só, é manifestamente insuficiente para caracterizar o estado de saúde na velhice, sendo necessário entrar em linha de conta com variáveis como sistemas de *coping*, integração social, redes de suporte, etc.

Situação económica

Na década de 80 houve intensa discussão, que perdura até hoje, a respeito de uma tentativa de se integrarem os aspectos socioeconómicos com os subjectivos da qualidade de vida. Os expoentes são Nussbaum e Sen, que conceberam o que chamam “Desenvolvimento Humano”. Estes afirmam que o crescimento económico (ou o aumento do PIB ou do rendimento *per capita*) é somente o meio de se atingir o bem-estar ou a qualidade de vida dos seres humanos (Pocinho, 2007).

Sen (1993) afirma que o desenvolvimento tem por objectivo último melhorar os modos de vida que os seres humanos estão a viver, e destaca que a avaliação da desigualdade, assim como a avaliação da eficiência, depende da escolha dos indicadores de melhoria individual, sendo que usualmente se concentram em índices de rendimento e riqueza. O mesmo autor, coloca os seres humanos não só como agentes, mas também como os meios primários de todo

o desenvolvimento, alertando para que se considerarmos, simplesmente, o aumento de renda real e do crescimento económico como critérios do desenvolvimento bem-sucedido, podemos ser induzidos a um erro de avaliação. Sen (1993) refere que a prosperidade económica é apenas um dos meios para enriquecer a vida das pessoas e, mesmo como um meio, o mero aumento da riqueza económica pode ser ineficaz na consecução de fins realmente valiosos.

Mas, como refere Sen (1993), se a felicidade e a satisfação dos desejos são aspectos particularmente importantes para a realização, não são suficientes para atingir o bem-estar e são lamentavelmente imprecisos como medida deste. O autor argumenta que as pessoas podem sofrer de grave privação e, mesmo assim, serem cheias de alegria, já que as religiões, as filosofias e as políticas podem legitimar as suas privações, oferecendo-lhes compensações, como a vida eterna, por exemplo. Duchiade (1995) reforça que, muito embora a noção de bem-estar não possa restringir-se ao factor rendimento, na medida que envolve diversas dimensões da vida humana, é inegável a sua importância numa sociedade em que o acesso a bens e serviços essenciais à sobrevivência depende da possibilidade de pagar por estes.

Romano (1993) procura deixar mais clara a importância das diferentes dimensões socioeconómicas para o entendimento e conceptualização de qualidade de vida. Afirma que o nível de vida é um conceito totalmente diferente do de qualidade de vida. Enquanto que o primeiro depende primordialmente de definições e perspectivas políticas, portanto voltado para a comunidade como um todo, o segundo é um atributo do indivíduo. São duas entidades bastante distintas, apesar de complementares.

Estudos longitudinais feitos por Stones, Kosma (1989 cit in Neri (1993)) reforçaram que a satisfação financeira, a satisfação com as condições de habitação e a satisfação com a saúde levam a um senso de bem estar pessoal. Assim, estar feliz com a sua vida tenderia a construir nela situações mais positivas e melhores interações sociais.

Num estudo acerca da percepção da qualidade de vida em idosos (Borglin, Jakobsson, Edberg, & Hallberg, 2005), verificou-se que uma das dimensões assinaladas pelos idosos como relevante para a sua qualidade de vida é ter condições para governar e gerir a sua vida (emoções investidas no ambiente de vida em particular a casa), a qual inclui valores materiais como os rendimentos e recursos financeiros no presente, assim como os significados atribuído à casa e outros bens. Os idosos referiam ainda a importância de ter autonomia e recursos financeiros que lhes permitissem desfrutar de momentos especiais depois de uma vida árdua de trabalho (passear e outras actividade de lazer, como ir a espectáculos e fazer compras). A

disponibilidade e o uso dos bens materiais são aspectos relevantes para a satisfação e bem-estar dos idosos, em particular, idosos sós que vivem o futuro com grande ansiedade, e cuja definição da segurança económica constitui uma tarefa desenvolvimental para a preparação e vivência da velhice (Grave, 2008).

Satisfação com a vida

Por se tratar de um estado subjectivo, a satisfação com a vida é um fenómeno complexo e de difícil mensuração enquanto medida psicológica de bem-estar e adaptação, nomeadamente ao longo do envelhecimento. A avaliação da satisfação com a vida reflecte as expressões de cada indivíduo quanto aos seus critérios de satisfação como um todo ou em domínios específicos (como saúde, trabalho, condições de habitabilidade, relações sociais, autonomia), traduzindo o bem estar individual (Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007). Como referem as autoras a qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido muitas vezes associada ao binómio dependência/autonomia. Os sujeitos avaliam as suas condições de vida de maneira diferente, dependendo das suas expectativas, valores e experiências anteriores. No entanto, deve-se atender ao facto de que qualquer evento deve ser compreendido no contexto de vida do sujeito. A personalidade, cultura, objectivos, expectativas e valores, tal como outros factores contextuais têm impactos diferentes em indivíduos diferentes (Diener & Lucas, 2000).

Siqueira e Padovam (2008) citam estudos mostrando que o termo satisfação com a vida se refere ao julgamento que o indivíduo faz sobre sua vida e que reflete o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo das suas aspirações. Isso significa que o julgamento da satisfação depende de uma comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Capítulo II: Material e Métodos

Objectivos do estudo

O objectivo Geral deste trabalho foi contribuir para a validação da “Escala Torga de Avaliação da Qualidade de Vida” iniciada em 2005 por Pocinho e Amaral Dias, numa população idosa e cujos estudos se apresentam ao longo deste trabalho.

Objectivos específicos:

*Análise da consistência interna da ETAQV**Análise da consistência interavaliadores da ETAQV**Atribuição de valores normativos e interpretação dos scores**Validade convergente entre ETAQV e a SLWS*

Como já referimos este capítulo tem como função descrever os materiais e métodos que permitiram o processo de construção e validação da ETAQV.

A criação da ETAQV nasce da necessidade de avaliar uma população cujas características (iliteracia e características cognitivas e físicas próprias do idoso) não permitiam a utilização das escalas de qualidade de vida existentes (Pocinho, 2007).

Assim, a ETAQV é uma escala original, elaborada e construída para a população portuguesa por Margarida Pocinho e Carlos Amaral Dias em 2005. Esta escala tem como objectivo avaliar três dimensões da qualidade de vida: saúde percebida (autonomia), a situação económica percebida e a satisfação com a vida. É um instrumento de fácil aplicação, constituído por 34 itens, sendo que as perguntas estão organizadas numa escala tipo Likert de 4 pontos, de quase nunca (1) a quase sempre (4) (Anexo 1). O somatório dos itens revela-nos o grau de satisfação com a qualidade de vida. Os parâmetros psicométricos desta escala serão relatados nos 3 estudos que se apresentam no capítulo III.

Os materiais e métodos utilizados em cada estudo foram:

Estudo I: Elaboração dos itens, fidedignidade e dimensões da escala ETAQV

Para a construção da ETAQV, os autores usaram uma metodologia aplicada com grande reconhecimento em outros países no desenvolvimento de escalas multi-itens de medidas de saúde: a clinimetria e a psicometria. A primeira, usada na prática clínica, assenta no julgamento de pacientes, médicos e outros profissionais a respeito de fenómenos clínicos, que abrangem várias características ou atributos dos pacientes, não relacionados entre si. Por outro lado a estratégia psicométrica sustenta-se em técnicas estatísticas e tem como objectivo (não exclusivo) desenvolver uma escala (ou escalas múltiplas) que meça características ou atributos únicos do indivíduo (Paschoal, 2004; Pocinho, 2007).

Num primeiro momento (clinimetria) utilizando uma amostra de 16 idosos e recorrendo ao Método do Impacto Clínico (MIC) gerou-se uma *pool* de 74 itens relevantes para o objecto de estudo que posteriormente passaram por um processo de redução. Num segundo momento utilizando uma amostra de 660 idosos e técnicas psicométricas como a Análise de Componentes Principais (ACP) e a determinação do *Alfa* de Cronbach, os itens foram reavaliados e distribuídos por 3 dimensões. Posteriormente foi analisada a consistência interavaliadores e consistência temporal pelo teste reteste. Os resultados deste estudo podem ser observados no capítulo III.

Estudo II: Atribuição de valores normativos e interpretação dos *scores*:

Para a obtenção de valores normativos da população idosa portuguesa a escala foi passada a 660 idosos residentes a Norte do Alentejo. De seguida, a amostra foi classificada pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**). Como variável dependente colocou-se a ETAQV e independentes as características pessoais e clínicas dos idosos. Findo este procedimento, foram encontrados os pontos de corte. Os resultados da análise da árvore de decisões, produzida pela classificação CHAID, medidas de tendência central, dispersão e análise discriminante da função podem ser observados no capítulo III.

Estudo III: Avaliação da Validade convergente

Para este estudo o número de procedimentos necessário obrigou a 2 tipos de amostras. Uma amostra constituída por 706 idosos provenientes do Centro e Norte de Portugal e cuja base de dados foi cedida pelos autores da ETAQV. Outra por 105 idosos para aferir da sua validade e convergência de construtos e cujos dados foram recolhidos pela investigadora deste estudo.

Para avaliar a validade convergente da ETAQV, foram seleccionados 105 idosos e utilizados 2 métodos: comparação dos resultados da ETAQV com a Escala de Satisfação com a Vida – SWLS (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992) e comparação dos resultados da ETAQV pelo método autopreenchimento e por entrevista.

A aplicação do SWLS e do ETAQV foi realizada, individualmente, nos domicílios dos idosos. A forma de aplicação do instrumento seguiu o mesmo padrão do instrumento original, porém com algumas adaptações. Nas sessões de aplicação hetero, a investigadora fez a leitura

das questões do instrumento, solicitou as respostas e anotou-as. Durante a administração do instrumento surgiram dúvidas relativamente a alguns termos, sendo necessária a sua explicação à medida que as perguntas eram colocadas, facilitando a sua compreensão. No método de auto preenchimento da ETAQV, os idosos preenchiam os questionários em horários livres na própria casa, conforme a sua disponibilidade e os mesmos foram devolvidos a investigadora no prazo máximo de 20 dias. Os resultados deste terceiro estudo podem ser consultados no capítulo III.

Capítulo III: Processo de construção da Escala Torga de Avaliação da Qualidade de Vida

Estudo I – Elaboração dos itens, fidedignidade e dimensões da escala ETAQV

A maioria dos instrumentos de avaliação do estado de saúde e, em particular, de avaliação da Qualidade de Vida tem sido desenvolvida em países de língua inglesa. Mas a necessidade de se medir esses construtos é reconhecida em todo o mundo. São medidas de extrema utilidade para determinar o impacto de intervenções e de políticas, sendo cada vez mais utilizadas em ensaios clínicos e avaliações de resultados (Pocinho, 2007).

Os investigadores Margarida Pocinho e Amaral Dias em 2005 começaram por delinear os procedimentos necessários à elaboração deste instrumento de avaliação da qualidade de vida, adoptando uma metodologia consagrada na literatura, mas pouco utilizada em Portugal. Adoptaram uma metodologia aplicada com grande reconhecimento na construção de instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida e composta por três partes:

1. Selecção de itens
2. Redução de itens
3. Identificação das dimensões

Na primeira, o investigador deve gerar um conjunto (*pool*) de itens relevantes para o seu objecto de estudo. Este conjunto de itens passará por um processo de redução para o investigador compor o instrumento final, havendo, actualmente, duas maneiras de o fazer:

1. O Método do Impacto Clínico (Clinimetria)
2. As técnicas psicométricas, método mais antigo e convencional que distribui os itens por dimensões

A construção de itens, semelhante para as duas, define o conteúdo do instrumento e assegura que todas as variáveis importantes sejam consideradas para inclusão na escala. A partir da base conceptual do que se deseja medir, chega-se aos diferentes domínios ou dimensões que explicam o fenómeno; define-se o conteúdo da escala e garante-se que todos os tópicos importantes sejam incluídos. Os itens podem ser provenientes de múltiplas fontes: julgamento clínico/individual do profissional, pesquisas anteriores, opiniões de pacientes, consenso de especialistas ou modelos estatísticos. O conteúdo da escala é a primeira etapa, e os itens individuais são seleccionados tendo em vista medir os atributos que podem explicar o fenómeno. No final, o conjunto dos itens deve ser ajuizado para se verificar se existe uma representação adequada de todos os aspectos pertinentes do fenómeno em estudo (Paschoal, 2004; Pocinho, 2007).

A redução de itens elimina itens redundantes ou inapropriados, diminuindo o número a um total que seja praticável de administrar, assegurando, ao mesmo tempo, que a escala meça o constructo ou o fenómeno clínico de interesse. A forma de se proceder à redução é diferente em cada estratégia. Na clinimétrica, as avaliações dos pacientes determinam quais os itens que deverão ser incluídos na escala final; após hierarquização dos itens segundo o seu impacto, serão incluídos na escala final os itens mais importantes e de maior frequência ou severidade, conforme avaliado pelos pacientes, respeitando-se a multidimensionalidade do constructo. Todas as dimensões que ajudam a explicar o constructo (ou o fenómeno clínico que se quer medir) devem estar representadas na escala final. Na psicométrica, são usadas várias técnicas estatísticas para reduzir o número de itens e distribuí-los em dimensões: matriz de correlações, *Alpha* de Cronbach, Análise Factorial e outras (Pocinho, 2007).

Método

Participantes

Para este estudo o número de procedimentos necessário obrigou a 2 tipos de amostras: Uma ficou constituída por 16 idosos e outra por 660.

A amostra para a *pool* inicial e aplicação do método de impacto clínico (MIC) foi constituída por 16 idosos estratificados segundo o sexo, a idade e o estado funcional. A mediana da idade foi 79 anos, sendo 76 anos para os homens e 82,5 anos para as mulheres. Nos homens houve predomínio de casados (5/8) e, nas mulheres, de não-casadas (6/8). Os homens tinham escolaridade baixa, sem analfabetismo (a escolaridade mais alta foi o 2.º ciclo

completo) e as mulheres distribuíram-se desde analfabetas até bacharelato com maior frequência das analfabetas (3/8).

A mediana do rendimento *per capita* foi de €366,00, a menor foi de €115,50 e a maior de €1.197,67. O Salário Mínimo Nacional, à data da recolha dos dados, era de € 374,00. O rendimento familiar *per capita* da maioria (10/16) era de até 2 salários mínimos e apenas quatro tinham rendimento *per capita* acima de 3 salários mínimos.

Para a análise Psicométrica da ETAQV esta foi administrada a 660 idosos residentes a Norte do Alentejo em que 54,7% (n=361) tinham idades compreendidas entre 65-74 anos; 37,9% (n=250) entre 75-84 anos e 7,4% com idades superiores a 85 anos (n=49). Do total de participantes, 60% (n=396) eram mulheres e 40% (n=264) eram homens.

Instrumentos

Para a análise Psicométrica, a ETAQV, versão 34 itens, foi passada a 660 idosos e face à prevista iliteracia, a recolha da informação foi feita através do preenchimento da escala por parte dos investigadores em presença dos inquiridos (heteroadministração).

Procedimentos

Para a elaboração da escala ETAQV, Pocinho e Amaral Dias (2005) inicialmente elaboraram uma lista de 40 afirmações geradas a partir de várias fontes, como: entrevistas a idosos, revisão da literatura (estudos clínicos e outros questionários), o que resultou num questionário com 74 itens, abrangendo dimensões como: satisfação com a vida, aspectos socioeconómicos e saúde.

Para a selecção dos itens a incluir na escala Pocinho e Amaral Dias (2005) entrevistaram então, 16 indivíduos. Num primeiro momento, pediram que apontassem espontaneamente as afirmações que definiam qualidade de Vida. Quando se esgotaram os itens “espontâneos”, perguntaram dos itens que não haviam identificado espontaneamente, quais os que representavam problemas para a sua vida (respostas estimuladas). Em seguida, pediu-se que avaliassem a importância de cada item identificado (espontânea e estimuladamente) usando uma escala de Likert de 5 pontos (1 = nenhuma importância; é melhor que isso não apareça/aconteça para que a qualidade de vida seja boa; 2 = pouca importância; 3 = média importância; 4 = muita importância e 5 = extrema importância ou fundamental para uma boa qualidade de vida).

Explicaram ao entrevistado que alguns itens eram parecidos, semelhantes, mas não eram iguais; têm uma redacção parecida, ou abordam um assunto ou tema já abordado, mas sob um ponto de vista diferente, buscando cambiantes ou diferenças subtis; Pediram que, mesmo se considerasse que o item tinha exactamente o mesmo significado, tentasse verificar com o máximo de exactidão possível o que lhe estava a ser solicitado (por exemplo: “A sua família gosta de si e respeita-o” e “está feliz com a família que constituiu”);

Durante a aplicação verificaram se o item era de fácil entendimento/compreensão, e quando verificavam que tal não acontecia, tentaram perceber porquê (mal redigido? uso de palavras que fogem ao vocabulário do inquirido? dificuldades inerentes ao idoso entrevistado, como: escolaridade baixa? défice cognitivo? regionalismo? timidez? ansiedade? tensão? vergonha? pudor? ...);

Os autores pediram sugestões ao idoso para melhorar a compreensão daqueles itens que não foram bem entendidos (usar nova palavra no lugar de outra que não foi entendida ou fazer nova redacção); e terminando agradeceram a colaboração.

A duração mediana da entrevista foi de 55 minutos, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 80 minutos. Para os mais alfabetizados, a duração mediana foi 50 min., para os menos, de 60 min.

A primeira fase, de fala livre e espontânea, teve duração aproximada de 10 minutos. O número mediano de itens relatados espontaneamente foi 19, tendo variado entre 12, o mínimo, e 34, o máximo. São itens considerados relevantes para uma boa ou má qualidade de vida do idoso. Um entrevistado do sexo masculino de 79 anos considerou que todos os itens tinham relevância para a qualidade de vida do idoso. O número mediano de itens que não foram entendidos foi 3, variando de zero a 6.

Análise de dados

Para gerar uma *pool* de itens relevantes para compor o instrumento final, Pocinho e Amaral Dias (2005) recorreram ao Método do Impacto Clínico (MIC) e por técnicas psicométricas como a Análise das Componentes Principais (ACP), e a determinação dos *Alphas* o que permitiu distribuir os itens por dimensões. Para análise dos resultados obtidos pela administração do instrumento de medida foram calculados, para cada item, a média, respectivos desvios-padrão e correlações com o total da escala. Foi também realizada a análise da dimensionalidade das escalas, através da Análise Factorial dos itens e da correlação entre os factores encontrados. O método utilizado na análise da dimensionalidade da escala foi a ACP após verificação do teste de Bartlett, de Kaiser e da matriz anti-imagem. Os autores

procederam, ainda, à determinação dos coeficientes de consistência interna (*Alpha* de Cronbach) para todas as escalas e subescalas. A vantagem desse método é que não há a pressuposição da normalidade das variáveis envolvidas. Tecnicamente, os factores são obtidos a partir de uma decomposição da matriz de correlação ou de covariância. As saturações factoriais indicam-nos quão associada está determinada variável ao factor, bem como os valores próprios associados a cada um dos factores envolvidos, mostrando assim a importância de determinado factor na escala.

Resultados

Análise clinimétrica – Método do Impacto Clínico

Para estabelecer quais os itens que eram mais relevantes, multiplicou-se o número de indivíduos que rotulou determinado item como problema (frequência) pela importância média atribuída àquele item (importância). O produto frequência *versus* importância representou o significado de cada item na vida dos indivíduos (impacto). O impacto foi representado numericamente por um *score* (por exemplo, 10 indivíduos assinalaram o item “ser capaz de fazer muitas coisas sozinhos” e o resultado da avaliação da importância desse item, resultou num *score* médio de 3,5. O *score* de impacto foi de 35 ($10 * 3,5$)).

O produto da proporção de indivíduos que apontaram um determinado item como relevante para a qualidade de vida (frequência) pela importância média dada aquela afirmação (importância) representa o impacto daquele item na qualidade de vida dos indivíduos.

Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram seleccionados os primeiros 34 itens de *score* mais alto (com pontuações iguais ou superiores à média), seleccionados em função do domínio e do critério valor mínimo de itens por dimensão. De acordo com Pocinho (2007) metodologicamente deverão haver um mínimo de quatro itens por domínio e uma representação adequada de domínios, de forma a garantir a multidimensionalidade do construto, bem como da correlação inter-item.

Análise Psicométrica

A redução dos itens teve como objectivo identificar quais os itens mais importantes para a população-alvo, dentre todos os pertencentes ao conjunto que foi gerado durante a selecção, levando em consideração o objecto de estudo e a população alvo.

Pocinho e Amaral Dias (2005) recorreram às técnicas psicométricas, com destaque para a Análise Factorial, buscando uma redução de dimensionalidade das medidas originais pelo

método das Componentes Principais, que é uma abordagem que pode ser usada para analisar inter-relações entre um grande número de variáveis e explicar essas variáveis em termos de dimensões ou factores subjacentes.

Para Macdowell e Newell (1996) a Análise Factorial pode ser usada para descrever a estrutura conceptual subjacente de um instrumento, examinando se os itens têm concordância, ou não, para medir um ou mais temas comuns. Usa o padrão de inter-relações entre as respostas aos itens, agrupando as questões em factores que parecem medir temas comuns, cada factor sendo distinto do outro. O objectivo é condensar as informações contidas num número original de variáveis em um menor número de factores, com a mínima perda de informações. Para que não restassem dúvidas sobre a escolha do teste, e porque os dados provêm de uma população normal multivariada, fez-se o Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) da adequação da amostra e o teste de Esfericidade de Bartlett que testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz da identidade com determinante igual a 1. Os resultados foram os seguintes:

Tabela 1: *KMO and Bartlett's Test*

Teste de adequação da amostra KMO		,941
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	10771,230
	Df	561
	Sig.	,000

Os resultados mostraram que o teste Bartlett tem associado um nível de significância inferior a 0,05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que a correlação que existe é entre as variáveis.

Um outro indicador da força da relação, entre as variáveis, é o Coeficiente de Correlação Parcial Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que varia entre zero e um, compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Sendo que a decisão de uma Análise Factorial com um KMO <0,5 é inaceitável; entre [0,5 – 0,6[é má; entre [0,6 – 0,7[pouco razoável, mas aceitável; entre [0,7 – 0,8 [aceitável; entre [0,8 – 0,9[boa decisão e de[0,9 a 1] muito boa decisão. Neste estudo a utilização do modelo factorial na análise ETAQV foi reforçada por um KMO de 0,941.

A matriz anti-imagem (medida da adequação amostral de cada variável para uso da Análise Factorial, onde pequenos valores na diagonal principal levam à consideração de eliminar a

variável), onde os valores fora da diagonal representam o simétrico da matriz das correlações e deverão ser baixos para aplicação do modelo das Componentes Principais ou ACP (Pestana & Gageiro, 2000). Neste estudo, o cálculo da matriz anti-imagem mostrou valores inscritos na diagonal principal bastante elevados entre todos os itens (oscilou entre o valor mais baixo de 0,865 e o mais elevado de 0,977), o que, uma vez mais, justifica a Análise Factorial. Os valores fora desta diagonal são fracos (variando entre 0,001 e 0,17, com excepção de um valor de 0,465), o que nos remete para a aplicação do modelo das Componentes Principais (ACP). Pestana e Gageiro (2000) salientam que a análise dos componentes principais é “um método estatístico multivariado que permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si (X_1, X_2, \dots, X_p), noutro conjunto com um menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais (Y_1, Y_2, \dots, Y_p), que resultam de combinações lineares das variáveis iniciais, reduzindo a complexidade de interpretação dos dados” (p. 389).

Análise Factorial – Componentes Principais

Para realizar a ACP dos 34 itens os autores administraram a ETAQV a 660 idosos. Nenhum dos itens apresentou correlação inferior 0,3 pelo que se considerou que, se não partilham uma relação positiva muito forte com o outro item, nem coeficiente de correlação inter-item maior que 0,9, revela que o mais provável é que não tenham elevada covariância, sendo por isso discriminativos.

Após efectuar a rotação *varimax* dos 34 itens restantes dos 74 itens iniciais, dos quais 40 tinham sido identificados como problema, nenhum item foi eliminado, e seis dimensões foram obtidas com valores próprios superiores a 1. Procedeu-se ao cálculo das contribuições de cada variável para cada factor com rotação *varimax* para três, quatro e cinco factores e mostrou-se a um júri que baseados na sua experiência clínica, gerontológica e metodológica, seleccionou a rotação a três factores.

A análise Factorial, após rotação *varimax*, forçada a três factores explicava, no seu conjunto, 46% da variância total.

O factor 1 diz respeito à satisfação com a vida e explica 33% da variância

O factor 2 representa a saúde percebida (autonomia) e explica 8% da variância

O factor 3 reflecte a situação económica percebida e explica 5% da variância.

Fidedignidade

Consistência interna – *Alfa* de Cronbach

A consistência interna quando medida pelo *Alfa* de Cronbach, da ETAQV (34 itens) foi de 0,935. Para a subescala Satisfação com a Vida (itens 2, 3, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 34) foi de 0,892. Para a Saúde Percepcionada (itens 1, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 24, 26, 32, 33) foi de 0,894. Para a Situação Económica Percepcionada (itens 7, 9, 10, 20, 25, 27) foi de 0,762. Podemos concluir que as dimensões Satisfação com a vida (SV), Saúde percebida (SP) e Situação económica percebida (SEP) apresentam uma boa consistência e uma boa fidedignidade.

Consistência Interavaliador – *Teste-Reteste*

A confiabilidade interjuízes foi avaliada recorrendo a 3 administrações efectuadas a 15 idosos, com 12 dias de intervalo, e por entrevistadores diferentes.

Tabela 2: Avaliação Interjuízes

AVALIADORE	N	MÉDIA	ERRO- PADRÃO	95% INTERVALO DE CONFIANÇA	
				Inferior	Superior
A	15	109,07	3,434	101,701	116,433
B	15	111,80	2,517	106,402	117,198
C	15	106,27	3,054	99,716	112,817
Valor Wilks' Lambda=0,750 F= 2,172 Gl da hipótese =2 gl dos idosos =13 p=0,153					

Considerando a **Tabela 2**, a consistência interavaliador, medida pelo valor do lambda, que é um bom indicador (valores próximos de 1 indicam homogeneidade das médias) foi de 0,750 o que revela concordância (Pestana & Gageiro, 2000), pelo que o instrumento tem boa estabilidade para poder ser administrado por vários investigadores sem que isso provoque um efeito significativo nos resultados ($p>0,05$).

Conclusão

Pocinho (2007) citando McHorney (1994) refere que para análise de scores de pacientes individuais a confiabilidade tem de ser no mínimo de 0,9. Assim, podemos concluir que a ETAQV tem uma fidedignidade que permite avaliações grupais e individuais.

Estudo II – Atribuição de valores normativos e interpretação dos *scores*

É indiscutível a exigência de se obedecer a determinados critérios científicos no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, o que passa pela necessidade de possuírem certas propriedades: a fidedignidade, a validade e os valores normativos.

Quanto à necessidade de existirem valores normativos, ela reside no facto de que instrumentos que têm boa informação normativa permitem ao investigador comparar um dado indivíduo ou um grupo com a população geral ou com um grupo de particular interesse. As normas, para serem úteis, devem ter algumas características (Pocinho, 2007).

Em primeiro lugar, devem ser baseadas em amostras razoavelmente grandes, representativas de um corte transversal, étnico e geográfico, de indivíduos saudáveis, ou de grupos de diagnóstico específico, ou de ambos. Em segundo, devem ser estratificadas em categorias como sexo, idade e diagnóstico, para permitir comparações de interesse particular. Em terceiro lugar, devem estar disponíveis na forma de percentis e/ou *scores*-padrão com um sistema métrico comum, como a média e o desvio-padrão, para facilitar a interpretação.

Por fim, é necessário haver normatização para mudanças que ocorram naturalmente com o decorrer do tempo, independentemente de qualquer conduta (por exemplo, um tratamento). Mas, infelizmente, padrões normativos de mudanças naturais não estão disponíveis para a maioria dos instrumentos psicológicos. Todas essas propriedades psicométricas têm implicações práticas, pois um instrumento sem valores normativos, sem fidedignidade e que não faça referência a algum critério, tem pouco ou nenhum valor prático (Pocinho, 2007).

Método

Participantes

Para a obtenção de valores normativos da população idosa portuguesa a ETAQV foi passada a 660 idosos residentes a Norte do Alentejo em que 54,7% (n=361) tinham idades compreendidas entre 65-74 anos; 37,9% (n=250) entre 75-84 anos e 7,4% com idades superiores a 85 anos (n=49). Do total de participantes, 60% (n=396) eram mulheres e 40% (n=264) eram homens. A distribuição não apresentava diferenças substanciais às inscritas nos Censos de 2001, isto é, a maioria dos idosos portugueses são mulheres, têm idades compreendidas entre os 64 e 74 anos, são maioritariamente casados ou viúvos e tem escolaridade igual ou inferior ao actual 1.º ciclo do ensino básico. A maioria dos idosos referiu ser católico, ter passatempos individuais/solitários, citando como exemplos, ver televisão, ouvir rádio, passear em jardins sem companhia, estar sentados em praças a ver passar pessoas e carros, etc., não ter hábitos alcoólicos frequentes, viver em famílias nucleares (com as esposas ou companheiras) e classificaram maioritariamente os relacionamentos familiares de maus a razoáveis (Pocinho, 2007).

Instrumento

Os idosos responderam a ETAQV - Escala de heteroadministração composta por 34 questões, com quatro alternativas de resposta de quase nunca (1) a quase sempre (4), constituída por 3 subescalas: Satisfação com a Vida (itens 2, 3, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 28, 29, 30, 31, 34), Saúde Percebida (itens 1, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 24, 26, 32, 33) e Situação Económica Percepcionada (itens 7, 9, 10, 20, 25, 27).

Procedimentos

Para a obtenção dos valores normativos da ETAQV os autores utilizaram os dados dos 660 idosos que serviram de base à análise psicometrica da escala (Estudo I), pelo que os procedimentos de recolha de dados foram os mesmos que aí descrevemos.

Análise de Dados

A amostra foi classificada pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**). Os autores utilizaram o módulo *Classification Trees* do SPSS que permite criar árvores de decisão e classificação para identificar grupos e descobrir relações entre eles. A regra mais importante é apresentada na árvore como o *primeiro nó*, e as regras menos relevantes são mostradas nos *nós* subsequentes. Ao escolher e

apresentar as regras por ordem de importância, as árvores de decisão permitem aos investigadores ver, na hora, quais os factores que mais influenciam os seus dados; explorar os resultados e determinar visualmente como flui o modelo. Pode identificar subgrupos específicos e relações que com outras técnicas estatísticas seriam mais difíceis de detectar.

Este método é útil na temática da saúde, já que permite identificar grupos de risco e conhecer o seu perfil, conhecer os factores que contribuem para o sucesso ou para o fracasso de determinado tratamento ou política. Dos quatro algoritmos CHAID, os autores seleccionaram o Exhaustive CHAID já que examina todas as possibilidades de divisão para cada variável explicativa.

Resultados

Pocinho e Amaral Dias (2005) iniciaram este estudo pela classificação da amostra pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**).

- a) Como variável dependente colocaram:
 - i) a ETAQV
- a) Como variáveis independentes
 - i) o sexo,
 - ii) a idade,
 - iii) o estado civil,
 - iv) a fonte principal de rendimento,
 - v) o ambiente social,
 - vi) a escolaridade,
 - vii) a religião,
 - viii) os passatempos habituais,
 - ix) os hábitos alcoólicos,
 - x) a tipologia familiar,
 - xi) o relacionamento familiar,
 - xii) as perdas recentes,
 - xiii) a polimedicação,
 - xiv) as tentativas de suicídio prévias,
 - xv) os antecedentes familiares de suicídio,

- xvi) os comportamentos suicidários de amigos,
- xvii) os comportamentos suicidários na comunidade,
- xviii) as patologias diagnosticadas,
- xix) a percepção pessoal sobre o suicídio.

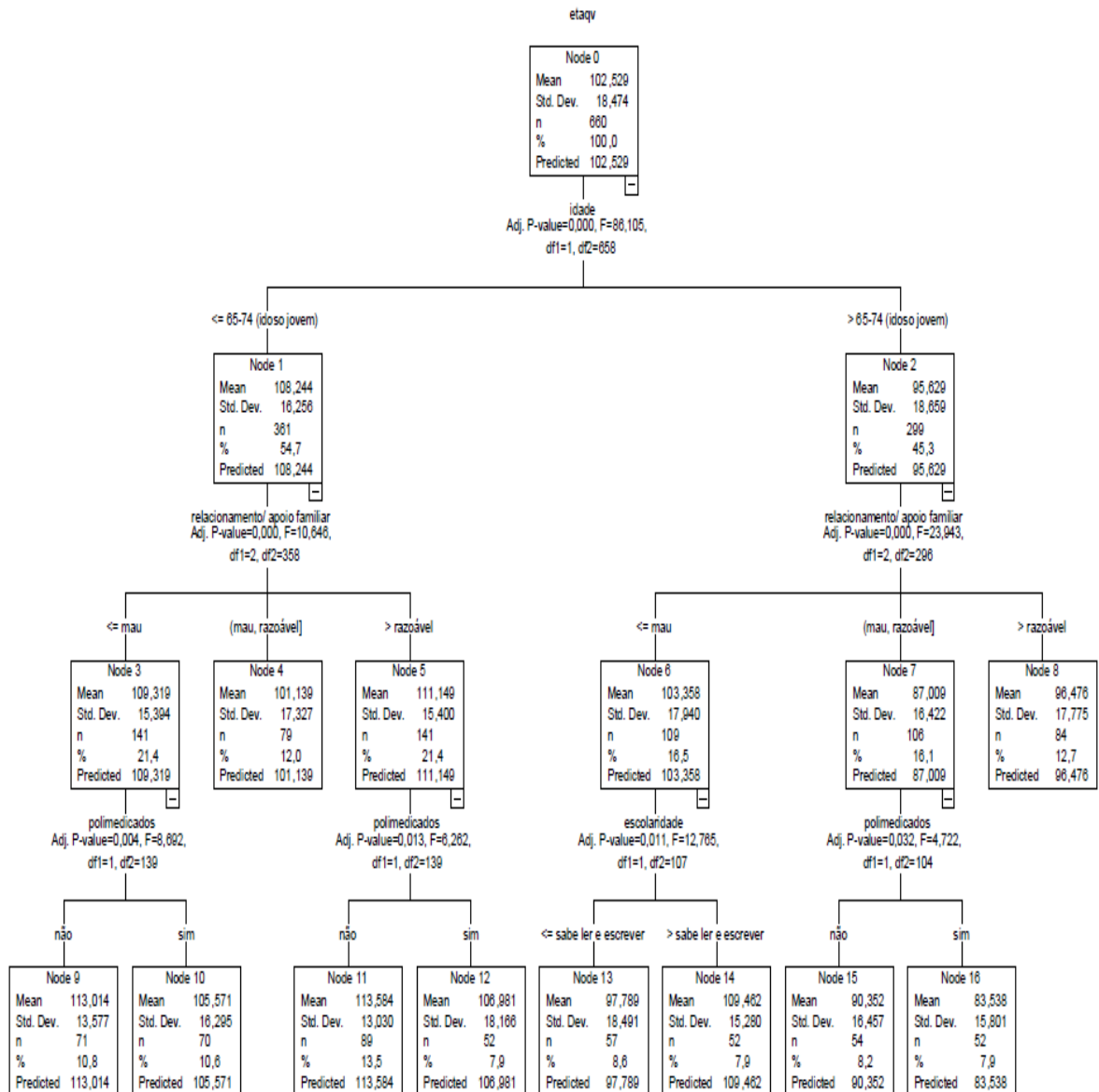


Figura 1: Árvore de decisões que mostra as variáveis incluídas (preditoras na população idosa), bem como, os valores obtidos no modelo. (Figura retirada de Pocinho (2007, p. 173) e reproduzida com autorização da autora)

Como se pode observar, no modelo das causas da variação dos valores médios da qualidade de vida na população idosa em geral entraram o relacionamento/apoio familiar, a polimedicação, a idade, e a escolaridade.

O valor médio obtido na ETAQV pela população é de 102,5 no entanto, a qualidade de vida baixa significativamente (83,5) em idosos que, cumulativamente, têm idade superior a 74 anos, com relacionamentos familiares maus a razoáveis, e polimedicados, por outro lado, aumenta nos idosos com idade inferior a 74 anos, bom relacionamento familiar e sem polimedicação (113,6).

Análise discriminante

Os autores começaram por estabelecer pontos de corte em função das medidas de tendência central e de dispersão e da análise das árvores de decisão, considerando que:

Tabela 3: *Pontos corte provisórios*

PÉSSIMA QV	MÁ QV	RAZOÁVEL QV	BOA QV	EXCELENTE QV
valores \leq a 88	valores]88-104]	valores]104-118]	valores]118-129]	valores \geq 130

Os resultados desta recodificação podem ser observados na Tabela 4 que se segue.

Tabela 4: *Distribuição da amostra em função dos pontos de corte*

	n	%
Péssima QV	155	23,5
Má QV	176	26,7
Razoável QV	179	27,1
Boa QV	129	19,5
Excelente QV	21	3,2
Total	660	100,0

Os resultados da distribuição da amostra em função dos pontos de corte permitiram observar que 50% dos idosos, quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos, apresentam uma qualidade de vida inferior ao aceitável, 27% apresenta-se dentro dos níveis de razoabilidade, 20% tem boa qualidade de vida e apenas 3% excelente.

De seguida os investigadores procederam à análise discriminante da função, em função do tamanho do grupo, para validarem a sua escolha.

Como se pode observar na Tabela 5, a Análise Discriminante revelou que 94,4% foram correctamente classificados.

Tabela 5: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo

		COORTE	Elementos do grupo preditivo					Total
			Péssima Qualidade de Vida	Má Qualidade de Vida	Razoável Qualidade de Vida	Boa Qualidade de Vida	Excelente Qualidade de Vida	
Original	n	Péssima Qualidade de Vida	135	20	0	0	0	155
		Má Qualidade de Vida	0	176	0	0	0	176
		Razoável Qualidade de Vida	0	0	179	0	0	179
		Boa Qualidade de Vida	0	0	0	129	0	129
		Excelente Qualidade de Vida	0	0	0	17	4	21
	%	Péssima Qualidade de Vida	87,1	12,9	,0	,0	,0	100,0
		Má Qualidade de Vida	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
		Razoável Qualidade de Vida	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
		Boa Qualidade de Vida	,0	,0	,0	100,0	,0	100,0
		Excelente Qualidade de Vida	,0	,0	,0	81,0	19,0	100,0
Validação cruzada(a)	n	Péssima Qualidade de Vida	135	20	0	0	0	155
		Má Qualidade de Vida	0	176	0	0	0	176
		Razoável Qualidade de Vida	0	0	179	0	0	179
		Boa Qualidade de Vida	0	0	0	129	0	129
		Excelente Qualidade de Vida	0	0	0	17	4	21
	%	Péssima Qualidade de Vida	87,1	12,9	,0	,0	,0	100,0
		Má Qualidade de Vida	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
		Razoável Qualidade de Vida	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
		Boa Qualidade de Vida	,0	,0	,0	100,0	,0	100,0
		Excelente Qualidade de Vida	,0	,0	,0	81,0	19,0	100,0

a Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

b 94,4% dos casos correctamente classificados.

c 94,4% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

(Tabela retirada de Pocinho (2007, p. 175) e reproduzida com autorização da autora)

Após este processo os autores quiseram conhecer o ponto de corte probabilístico, e através do cálculo da contingência entre os valores preditivos para os grupos e os valores globais da ETAQV verificaram que a diferença entre o ponto de corte preditivo e o que escolheram foram os observados na Tabela 6.

Tabela 6: Pontos corte provisórios e preditivos

Classificação	Valores Provisórios	Valores preditivos
Péssima Qualidade de Vida	Idosos com valores \leq a 88	Idosos com valores \leq a 87
Má Qualidade de Vida	Idosos com valores]88-104]	Idosos com valores]87-104]
Razoável Qualidade de Vida	Idosos com valores]104-118]	Idosos com valores]104-118]
Boa Qualidade de Vida	Idosos com valores]118-129]	Idosos com valores]118-134]
Excelente Qualidade de Vida	Idosos com valores \geq 130	Idosos com valores \geq 135

Pocinho e Amaral Dias (2005) optaram então pelos valores preditivos, supra referidos. Quando avaliados segundo os pontos de corte anteriormente estabelecidos 50% dos idosos, classificam a sua vida com uma qualidade de vida inferior ao aceitável, da mesma forma que 27% se apresenta dentro dos níveis de razoabilidade, contudo passam de 20 para 22% os que têm uma boa qualidade de vida e de 3 para 0,6% os que apresentam excelente qualidade de vida.

Da mesma forma, foi necessário estabelecer os pontos de corte para as subescalas da ETAQV. Os resultados apresentam-se na Tabela 7 que se segue.

Tabela 7: Pontos corte provisórios e preditivos das Subescalas

<i>Subescala Satisfação com a Vida (SV)</i>		
Classificação	Valores Provisórios	Valores preditivos
Nenhuma Satisfação	Idosos com valores \leq a 36	Idosos com valores \leq a 34
Pouca Satisfação	Idosos com valores]36-42]	Idosos com valores]34-42]
Razoável Satisfação	Idosos com valores]42-54]	Idosos com valores]42-54]
Boa Satisfação	Idosos com valores]54-67]	Idosos com valores]54-68]
Satisfação muito elevada	Idosos com valores $>$ 67	Idosos com valores $>$ 68

<i>Subescala Saúde Percebida (SP)</i>		
Classificação	Valores Provisórios	Valores preditivos
Péssimo estado de saúde	Idosos com valores \leq a 17	Idosos com valores \leq a 17
Estado de saúde mau	Idosos com valores]17-26]	Idosos com valores]17-26]
Estado de saúde satisfatório	Idosos com valores]26-34]	Idosos com valores]26-34]
Bom estado de saúde	Idosos com valores]34-42]	Idosos com valores]34-42]
Excelente estado de saúde	Idosos com valores $>$ 42	Idosos com valores $>$ 42

<i>Subescala Situação Económica Percebida (SEP)</i>		
Classificação	Valores Provisórios	Valores preditivos
Péssima situação económica	Idosos com valores \leq a 8	Idosos com valores \leq a 7
Má situação económica	Idosos com valores]8-10]	Idosos com valores]7-9]
Razoável situação económica	Idosos com valores]10-15]	Idosos com valores]10-15]
Boa situação económica	Idosos com valores]15-23]	Idosos com valores]15-22]
Excelente situação económica	Idosos com valores $>$ 23	Idosos com valores $>$ 22

Conclusão

Findo este procedimento, os pontos de corte encontrados pelos autores em função da análise da árvore de decisões, produzida pela classificação CHAID, medidas de tendência central, dispersão e análise discriminante da função foram os seguintes:

Para a ETAQV, idosos com valores ≤ 87 têm péssima Qualidade de Vida; idosos com valores]87-104] apresentam má qualidade de vida, idosos com valores]104-118] têm razoável qualidade de vida, idosos com valores]118-134] são adjectivados de portadores de boa qualidade de vida e Idosos com valores ≥ 135 são os que têm excelente qualidade de vida.

Os pontos de corte para a subescala Satisfação com a Vida (SV) ficaram estabelecidos tendo em conta que os idosos com valores ≤ 34 não estão nada satisfeitos com a sua vida, idosos com valores entre]34-42] apresentam baixa satisfação, entre]42-54] têm uma satisfação com a vida dentro dos níveis de razoabilidade, entre]54-68] estão de facto satisfeitos, e idosos com valores >68 têm uma satisfação com a vida muito elevada.

Relativamente à subescala que avalia a Saúde Percebida (SP) os pontos de corte foram: para um péssimo estado de saúde, valores ≤ 17 , valores entre]17-26] são indicativos de um estado de saúde mau, um estado de saúde satisfatório nos idosos apresenta valores compreendidos entre]26-34], um bom estado de saúde é revelado em idosos com valores entre]34-42], e um excelente estado de saúde em idosos com valores >42 .

Sobre os pontos de corte para a Situação Económica Percebida (SEP), consideraram que uma péssima situação económica é manifestamente sentida pelos idosos que pontuam valores ≤ 7 , valores entre]7-9] são indicativos de uma má situação económica, uma situação económica dentro dos níveis mínimos de razoabilidade nos idosos apresenta valores compreendidos entre]10-15], uma boa situação económica é revelada em idosos com valores entre]15-22], e uma excelente situação económica é sentida por idosos com valores >22 .

Estudo III – Validade convergente da ETAQV

Em Psicometria, a validade convergente pode ser definida como a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo construto ou de construtos teoricamente relacionados, utilizando-se diferentes métodos ou instrumentos de avaliação (Pasquali, 2003). No caso do ETAQV, foram definidos diferentes fontes de avaliadores (autoadministração *versus* heteroadministração) correlacionando-se as subescalas e escalas globais comuns aos instrumentos da ETAQV e o SWLS.

Macdowell e Newell (1996) fazem nove recomendações para o desenvolvimento e construção de medidas de saúde:

Fornecer uma descrição completa do propósito do instrumento, especificando a população para a qual foi desenhado e em que populações será testado; Nomear o instrumento de tal forma que descreva acuradamente o seu conteúdo; Apresentar a definição conceptual do construto a ser medido; Descrever detalhadamente a metodologia escolhida para a construção dos itens e sua redução; Estabelecer o padrão de aplicação e a maneira de se calcular o *score*; Incluir *scores* de referência de várias populações; Apresentar as suas propriedades psicométricas; Proceder a revisões de aperfeiçoamento do questionário; Tornar facilmente disponível a versão definitiva do instrumento.

Este estudo pretende dar conta das duas últimas recomendações, já que as restantes foram efectuadas nos dois estudos anteriores.

Método

Participantes

Para este estudo o número de procedimentos necessário obrigou a 2 tipos de amostras. Uma amostra para confirmar as dimensões e consistência da escala e outra para aferir da sua validade e convergência de contrutos através da validade concorrente.

Uma amostra é constituída por 706 idosos provenientes do Centro e Norte de Portugal e cujo a base de dados foi cedida pelos autores da ETAQV em que 54,4% (n=384) têm idades compreendidas entre 65-74 anos; 37,8% (n=267) entre 75-84 anos e 7,8% (n=55) com idades superiores a 85 anos. Do total de participantes, 60,5% (n=427) eram mulheres e 39,5% (n=279) eram homens.

A outra é constituída por 105 idosos autónomos, residentes no concelho de Coimbra, em que 63,8% (67) tem idades compreendidas entre 65-74 anos; 29,5% (n=31) entre 75-84 anos e 6,7% com idades superiores a 85 anos (n=7). Do total de participantes, 54,3% (n=57) eram mulheres e 45,7% (n=48) eram homens. Os idosos foram selecionados para a pesquisa a partir de uma amostra acidental e de conveniência, cujo único critério, para além da idade, era a acessibilidade aos dados.

A amostra total deste estudo é composta por 811 idosos.

Procedimentos

Para a primeira amostra, tal como já referimos a base de dados foi cedida pelos autores da ETAQV. Na segunda, os dados foram recolhidos pessoalmente pela investigadora principal deste Estudo III entre Maio e Julho de 2012. Os participantes foram contactados pessoalmente pela investigadora, foram informados acerca dos objectivos da pesquisa, a possibilidade ou não de participar, o tempo de aplicação do questionário e o sigilo da identidade.

A aplicação da SWLS e da ETAQV foi realizada, individualmente, nos seus domicílios. A forma de aplicação da ETAQV seguiu o mesmo padrão da validação do instrumento, porém com algumas pequenas modificações. Nas sessões de aplicação hetero, a investigadora fez a leitura das questões do instrumento, solicitou as respostas e anotou-as. Durante a administração do instrumento surgiram dúvidas relativamente a alguns termos, sendo necessária a sua explicação à medida que as perguntas eram colocadas, facilitando a sua compreensão. Diferentemente da aplicação em auto administração da ETAQV, em que os idosos preenchem os questionários em horários livres na própria casa, conforme sua disponibilidade e os mesmos foram devolvidos num prazo máximo de 20 dias.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram a ETAQV e a Escala de Satisfação com a Vida – SWLS (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992).

Para avaliação da Validade convergente da ETAQV, esta foi comparada com a SWLS (Anexo 2).

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi originalmente construída por Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, (1985), a partir de um conjunto de 48 itens, tendo sido posteriormente reduzida para 5, mantendo índices de fidelidade e validade aceitáveis (Simões, 1992). Esta escala foi planeada e estruturada por Diener e colaboradores (1985), no sentido de avaliar o juízo subjectivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida, de acordo com critérios estabelecidos por si e não em função de padrões impostos externamente, pelo investigador ou por outrem. Assim sendo, a SWLS deixa ao sujeito respondente a liberdade de integrar e ponderar, da forma que entender, os vários domínios da sua vida em geral (por exemplo, a saúde, a família ou o bem-estar académico e profissional) e os diversos estados de espírito, de modo a chegar a um juízo global, positivo ou negativo, sobre a própria existência.

A escala utilizada neste trabalho é a versão portuguesa de Simões (1992), composta por 5 itens, segundo uma escala de Likert de 5 pontos: discordo muito (1); discordo pouco (2); nem

concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4); concordo muito (5). A passagem de 7 alternativas de resposta (na versão original) para 5 teve o objectivo de simplificar e tornar a escala mais acessível a pessoas com escassas aptidões culturais, tendo presente o facto de não colocar em risco as suas propriedades psicométricas (Simões, 1992).

Os *scores* obtidos variam de 5 a 25, sendo que quanto mais elevado, mais elevada será a satisfação com a vida. A validação portuguesa da SWLS, realizada por Simões (1992), apresenta um alfa de Cronbach de 0,77 e da análise factorial emergiu um único factor (a satisfação com a vida) que explica 53,1% da variância, sugerindo boas qualidades psicométricas. Uma das vantagens referidas pelo autor é a brevidade, quando não se pretende avaliar a satisfação numa área específica da vida. Outra, é a possibilidade de esta escala poder ser aplicada a diferentes grupos etários e culturais, possibilitando a comparação (Simões, 1992)

Análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com a utilização do *software SPSS* (*Statistical Program for Social Sciences*) versão 13 para ambiente *Windows*.

A validade convergente do instrumento foi testada, no primeiro método, por meio da correlação de Pearson entre os *scores* do instrumento de avaliação ETAQV e SWLS aplicado a 105 idosos. Neste caso foi adotado como nível de significância para a existência de convergência de contrutos um valor de $p < 0,05$.

No segundo método foi utilizado o *t* de Student para dados independentes a uma amostra de 811 idosos sem patologia, dos quais 68 responderam ao inquérito por entrevista (heteroadministração) e 743 fizeram a sua própria avaliação de qualidade de vida. Neste caso foi adotado como nível de significância de inexistência de diferenças um valor de $p > 0,05$.

Resultados

Análise fatorial - Componentes Principais

Os resultados apresentados na Tabela 8 mostram que o teste Bartlett tem associado um nível de significância inferior a 0,05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que a correlação que existe é entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

Um outro indicador da força da relação, entre as variáveis, é o KMO, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Neste estudo a utilização do modelo fatorial na análise ETAQV foi reforçada por um KMO de 0,941 (quanto mais próximo de um melhor a análise fatorial).

Tabela 8: *KMO and Bartlett's Test*

Teste de adequação da amostra KMO		,941
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	11968,971
	df	561
	Sig.	,000

No sentido de perceber quais as contribuições de cada item para cada factor e de verificar se a estrutura do ETAQV se mantém, procedeu-se a uma rotação *varimax*, Kaiser normalization, com os resultados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9: *Matriz das Componentes Principais da ETAQV*

	COMPONENT		
	1	2	3
etaqv34	,691	,253	
etaqv23	,672		
etaqv18	,655		
etaqv28	,645	,322	,255
etaqv29	,635	,266	,278
etaqv15	,609		
etaqv2	,580		
etaqv8	,528		,268
etaqv22	,525		
etaqv30	,517		,346
etaqv19	,481	,332	
etaqv31	,457		
etaqv3	,434	,337	
etaqv17	,433	,303	
etaqv16	,427		
etaqv13	,407		
etaqv27	,405	,367	,285
etaqv21	,383		
etaqv32		,794	
etaqv12		,786	
etaqv6		,725	
etaqv11		,721	
etaqv1		,720	
etaqv4		,718	
etaqv24	,486	,576	
etaqv14	,347	,529	
etaqv26	,251	,512	
etaqv33		,496	
etaqv5	,385	,436	
etaqv7			,776
etaqv10			,744
etaqv20		,307	,667
etaqv25		,377	,624
etaqv9	,264		,589

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Assim no primeiro componente agrupam-se dezassete itens da subescala Satisfação com a vida, o segundo componente é formado por onze questões acerca da Saúde percebida e finalmente o terceiro componente é composto por seis questões acerca da Situação económica percebida.

Os itens de cada subescala da ETAQV podem ser observados nas Tabelas seguintes.

Tabela 10: *Componente 1 “Satisfação com a vida”*

Itens
2 - Sente-se só e desamparado na vida
3- Sente que a sua vida é aborrecida e monótona
8- A sua família ajuda-o a resolver os problemas que se lhe deparam
13-Sente-se nervoso ou inquieto
15-Consegue expressar à sua família o que sente ou pensa
16-Sente que as suas crenças lhe dão segurança face ao futuro
17-Mantém relações com os seus amigos e vizinhos
18-É feliz com a família que constituiu
19-Gosta de se distrair ou divertir (sozinho, com a família ou com os amigos)
21-Já teve pensamentos de por termo à vida
22- A sua família conta consigo para tomar decisões relacionadas com os problemas do lar
23 – A sua família gosta de si e respeita-o
28-É feliz com a vida que leva
29-O seu estado de ânimo permite-lhe ultrapassar as situações menos boas da vida
30 - Sente-se confiante e seguro face ao futuro que se avizinha
31-Sente que com a reforma (deixar a vida profissional) a vida perde sentido
34- Sente que é importante para a sua família

Tabela 11: *Componente 2 “Saúde percebida”*

Itens
1- Consegue realizar as actividades físicas que as outras pessoas da sua idade podem fazer (ginástica, subir e descer escadas, baixar-se, levantar-se, etc.)
4-Desloca-se ajudado por outra pessoa ou amparado por uma bengala
5-Sente que pode aprender coisas novas
6-A sua saúde permite-lhe utilizar os transportes públicos, se tiver necessidade de se deslocar (autocarros, comboios, etc.)
11-Sente-se capaz de cuidar de si própria
12 – <i>se não vive numa instituição responda à alínea a), caso contrário passe à alínea b</i>
a) A sua saúde permite-lhe ir às compras <i>se vive numa instituição</i>
b) A sua saúde permite-lhe realizar as atividades propostas pela sua instituição para a maioria dos utentes
14-Sente que pode ajudar no cuidado e atenção dos seus netos ou outras crianças que tivesse por perto
24-Considera-se uma pessoa útil
26-Pensa que o seu estado de saúde lhe permite desfrutar a vida
32-O seu estado de saúde permite-lhe realizar sozinho, as atividades quotidianas da vida (cozinhar, lavar, limpar, tomar banho, comer, etc.)
33- Consegue ler/ ver jornais, revistas, livros ou ver televisão

Tabela 12: *Componente 3 “Situação económica percebida”*

Itens
7-A sua situação económica permite-lhe resolver os problemas que se lhe deparam
9-Ao longo da sua vida conseguiu realizar as suas aspirações
10-Está satisfeito com a sua situação económica
20-Acha que a sua casa tem boas condições para viver nela
25-A sua casa é suficientemente cómoda para as suas necessidades
27-Tem aspirações e planos para os próximos tempos
Os itens 2, 3, 4, 13,21 e 31 devem ser inseridos com cotação inversa ou invertidos posteriormente

*Fidedignidade**Consistência interna - Alfa de Cronbach*

A consistência interna do ETAQV foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Foram avaliadas a consistência interna para a escala global e subescalas.

De modo a se estudar a coerência e a uniformidade das respostas da ETAQV, ou seja, a consistência interna, foram calculados os Alfas de Cronbach para a amostra total. A escala total apresenta um valor que remete para uma elevada confiabilidade da escala ($\alpha=0,93$). Analisando a consistência interna para as subescalas verifica-se que estas apresentam bons índices de fidedignidade, respetivamente: Saúde percebida (SP) apresenta um $\alpha=0,89$, Satisfação com a vida (SV) $\alpha=0,88$ e Situação económica percebida (SEP) $\alpha=0,80$.

Tabela 13: *Consistência interna (Coeficiente de Cronbach – α)*

Escala global e subescalas	α	N	Nº ITENS
ETAQV	0,932	783	34
SP	0,890	799	11
SV	0,881	796	17
SEP	0,804	804	6

Validade convergente entre ETAQV e a SLWS

No presente estudo, para a validade convergente da ETAQV, foram utilizados 2 métodos: Foi utilizada a escala SWLS que é considerado um instrumento de avaliação geral de Satisfação com a vida que abrange vários grupos etários que vão para além da avaliação geriátrica (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Foi aplicada a técnica estatística para a igualdade das médias *t* de Student para verificar se independentemente dos avaliadores (auto ou heteroadministração) se os resultados se mantinham.

Tabela 14: *Correlação entre ETAQV e SWLS*

ESCALA GLOBAL E SUBESCALAS	N	SWLS	
ETAQV	105	0,523	<0,01
SP	105	0,308	<0,01
SV	105	0,527	<0,01
SEP	105	0,537	<0,01

Pode-se notar que houve correlação significativa entre a SWLS e a ETAQV bem como com as subescalas da qualidade de vida, com maior relevância para a escala satisfação com a vida e situação económica percebida.

A Tabela que se segue apresenta as médias, desvios-padrão entre as subescalas e escala global e tipo de avaliador.

Tabela 15: *Métodos de administração*

ESCALA GLOBAL E SUBESCALAS	AVALIADORES	N	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO	P
ETAQV	Hetero	68	104,0	17,0	0,576
	Auto	743	102,6	18,8	
SP	Hetero	68	33,7	7,2	0,882
	Auto	743	33,5	8,0	
SV	Hetero	68	52,5	8,9	0,942
	Auto	743	52,6	9,2	
SEP	Hetero	68	17,8	3,8	0,025
	Auto	743	16,7	4,0	

Como se pode observar, com exceção da situação económica percebida, não existem diferenças entre as médias obtidas na escala global ETAQV e respectivas subescalas, pelos diferentes avaliadores (externos ou pelo próprio). Esta convergência de valores permite-nos aceitar que podemos utilizar as duas formas de aplicação e analisar em conjunto os seus resultados.

Conclusão

ETAQV converge com os construtos da SWLS e os resultados da escala não são influenciados pelo tipo de avaliador, pelo que se considera esta versão da ETAQV (Anexo1) a versão definitiva do instrumento.

Capítulo IV: Discussão e conclusão

A criação da ETAQV nasce da necessidade de avaliar uma população cujas características não permitiam a utilização das escalas de qualidade de vida existentes. Assim, a ETAQV é uma escala original, elaborada e construída para a população portuguesa por Margarida Pocinho e Carlos Amaral Dias em 2005. Esta escala tem como objectivo avaliar três dimensões da qualidade de vida: saúde percebida (autonomia), a situação económica percebida e a satisfação com a vida. É um instrumento de fácil aplicação, constituído por 34 itens.

Foram elaborados 3 estudos para aferir os parâmetros psicométricos. O primeiro dedicou-se à elaboração dos itens, fidedignidade e dimensões da escala ETAQV e necessitou de 2 amostras de idosos, uma com 16 e outra 660; o segundo à atribuição de valores normativos e interpretação dos *scores* e recorreu a uma amostra de 660 idosos; o terceiro estudo teve como objectivo a avaliação da validade convergente o que obrigou a 2 tipos de amostras: uma amostra constituída por 706 idosos provenientes do Centro e Norte de Portugal e outra por 105 idosos para aferir da sua validade e convergência de construtos

No primeiro estudo, a análise Factorial revelou 3 factores (satisfação com a vida, saúde percebida, situação económica) e uma consistência interna de 0,94 para o total da escala, de 0,89 para a satisfação com a vida e para a saúde percebida e 0,76 para a situação económica.

Em termos de interpretação dos *scores*, o segundo estudo apresentou como norma, valores ≤ 87 revelam péssima Qualidade de Vida; valores entre]87-104] são indicadores de má qualidade de vida, valores]104-118] remetem para uma qualidade de vida razoável, valores]118-134] são reveladores de boa qualidade de vida e valores ≥ 135 representam uma excelente qualidade de vida.

Os pontos de corte para a subescala Satisfação com a Vida (SV) ficaram estabelecidos tendo em conta que sempre que apresentem valores ≤ 34 não estão nada satisfeitos com a sua vida, valores entre]34-42] apresentam baixa satisfação, entre]42-54] têm uma satisfação com

a vida dentro dos níveis de razoabilidade, entre]54-68] estão de facto satisfeitos, e valores >68 revelam uma satisfação com a vida muito elevada.

Relativamente à subescala que avalia a Saúde Percebida (SP) os pontos de corte foram: para um péssimo estado de saúde, valores ≤ 17 , valores entre]17-26] são indicativos de um estado de saúde mau, um estado de saúde satisfatório apresenta valores compreendidos entre]26-34], um bom estado de saúde é revelado com valores entre]34-42], e um excelente estado de saúde com valores >42.

Sobre os pontos de corte para a Situação Económica Percebida (SEP), consideraram que uma péssima situação económica é manifestamente sentida pelos que pontuam valores ≤ 7 , valores entre]7-9] são indicativos de uma má situação económica, uma situação económica dentro dos níveis mínimos de razoabilidade apresenta valores compreendidos entre]10-15], uma boa situação económica é revelada com valores entre]15-22], e uma excelente situação económica é sentida quando os valores são >22.

O terceiro estudo confirmou a confiabilidade da escala ($\alpha=0,93$) e para as subescalas [Saúde percebida (SP) apresenta um $\alpha= 0,89$, Satisfação com a vida (SV) $\alpha=0,88$ e Situação económica percebida (SEP) $\alpha=0,80$].

Houve correlação significativa entre a SWLS e a ETAQV (0,5) bem como com as subescalas da qualidade de vida, com maior relevância para a escala satisfação com a vida e situação económica percebida. E que nos permitiu concluir que a ETAQV converge com os construtos da SWLS. A análise interavaliador mostrou que os resultados da escala não são influenciados pelo tipo de avaliador ($p>0,05$).

Deve-se ressaltar que, apesar da autoavaliação e heteroavaliação medirem as mesmas dimensões do construto, a amostra não foi emparelhada, mas era equivalente em termos de características de saúde (idosos autónomos, saudáveis e a viverem em domicílio próprio).

Na perspetiva de Guyatt, et al. (1993) a validação não é um processo de tudo ou nada. Ela não termina quando o primeiro estudo é publicado, mas continua com o uso repetido do instrumento. Quanto mais um instrumento é usado e quanto mais amplas as situações de uso, maior a confiança na sua validade. De certa forma, esta é também a opinião de Macdowell e Newell (1996) sobre a validação do construto, referindo que esta não pode ser provada definitivamente, mas é um processo contínuo, em que a testagem frequente aumenta a nossa compreensão sobre o constructo.

Bibliografia

Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar subjectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* , 20 (2), 153-164.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A., & Hallberg, I. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies* , 42, 147-158.

Bowling, A. (1995). Health Related Quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In A. Bowling (Ed.), *Measuring Disease. A review of disease specific quality of life measurement scales* (pp. 1-19). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Carrilho, M. J., & Patricio, L. (Novembro de 2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. (INE, Ed.) *Revistas de Estudos Demográficos* , 48 (5), pp. 101-146.

Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 71-91). Lisboa: LIDEL.

Diener, E., & Lucas, R. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones, *Handbook of Emotions* (2ª Eds ed., pp. 325-337). New York: The Guilford Press.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment* , 49, 71-75.

Duchiade, M. P. (1995). População brasileira: um retrato em movimento. In M. C. Minayo, *Os muitos Brasis. Saúde e População na década 80* (p. 34). Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco.

Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. 5 (1), pp. 33-38.

Fleck, M. P., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., et al. (2003). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (Whoqol-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 21 (1), pp. 19-28.

Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F., & Walter, U. (2003). Health in the context of growing old: Social representations of health. *Journal of Health Psychology* , 8 (5), 539-556.

Gonçalves, C., & Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. (INE, Ed.) *Revista de estudos demográficos* , nº 40, pp. 21-37.

Grave, R. M. (2008). *Satisfação com a vida e materialismo: idosos e idosas pobres e a viver só*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.

Guyatt, G. H., Eagle, D. J., Sackett, B., Willan, A., Griffith, L., McIlroy, W., et al. (1993). Measuring quality of life in the frail elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* , 46 (12), 1433-44.

Joia, L., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condicionantes associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública* , 41 (1), pp. 131-8.

Macdowell, L., & Newell, C. (1996). *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.

Natário, A. (1992). Envelhecimento em Portugal, uma realidade e um desafio. *Revista portuguesa da Saúde Pública* , 3, pp. 47-55.

Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida no adulto: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri, *Qualidade de Vida e Idade Madura* (pp. 9-55). Campinas: PAPIRUS EDITORA.

Paschoal, S. M. (2004). *Qualidade de Vida do Idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Tese de Doutoramento, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo.

Paschoal, S. M. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. Dissertação, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Rio de Janeiro: Vozes.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Silabo.

Pocinho, M. T. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.

Ribeiro, J. L. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, vol. XIII (n.2), pp. 179-191.

Romano, B. W. (1993). Qualidade de vida: teoria e prática. *Revista Sociedade de Cardiologia* (3), pp. 6-9.

Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M., & Henriques, M. E. (2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (6), pp. 756-764.

Sen, A. k. (1993). Capability and Well-being. In M. Nussbaum, & A. K. Sen, *The Quality of Life* (pp. 31-53). Oxford: Clarendon Press.

Sequeira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Bases teóricas de bem-esta subjetivo, bem-estar psicológico e bem-esta no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.

Silva, M. A. (2009). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Educação de Bragança, Bragança.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, pp. 503-515.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública* , 37, pp. 364-371.

Spilker, B. (1990). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assesement (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine* , 41 (10), 1403-1409.

Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Rio Grande do Sul.

World Health Organization . (2002). *Active ageing. A Policy Framework* . Geneva: World Health Organization.

Wright, J. G., & Feinstein, A. R. (1992). A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *Journal of Clinical Epidemiology* , 45 (11), 1201-18.

ANEXOS

Anexo 1 – ETAQV

Anexo 2 – SWLS

Anexo 3 - *QASC*

Anexo 4 – Syntax da ETAQV